

西山耳鼻咽喉科医院嚙下障害問診表 202 , , .

202 , , .

氏名: _____ 年齢: _____ 歳。 男・女(生) _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所: 電話番号: 同席可能な方:

体温: °C 身長: cm 体重: kg 一年間の体重減少: kg

大きな病気： _____ 今の食事： _____

あなたの飲み込みについて質問します。いずれも大切な内容なので、良く読んで、この1年間のことをお答えください。

- | | |
|-----------------------------------|-----------------------|
| 1. 肺炎と診断されたことがありますか？ | ある（回数：　　）。　　無い。 |
| 2. 痰がでますか？ | 多い。少ない（黄色・白・透明）。　　無い。 |
| 3. 食事中にムセますか？ | ある。　　無い。 |
| 4. 食事中に咳が出ますか？ | ある。　　無い。 |
| 5. 物が飲み込みにくいと感じることがありますか？ | ある。　　無い。 |
| 6. 硬いものが食べにくくなりましたか？ | ある。　　無い。 |
| 7. お茶や水を飲んだときにムセますか？ | ある。　　無い。 |
| 8. 食事中や食後にのどがゴロゴロする、痰が増えますか？ | ある。　　無い。 |
| 9. 食事時間は約何分ですか？ | 15分以内。30分。45分。60分以上。 |
| 10. 食物や酸っぱい液が胃からのどに戻ってくることがありますか？ | ある。　　無い。 |
| 11. 夜、咳で寝れなかったり目覚めることがありますか？ | ある。　　無い。 |
| 12. 声が小さくなったり、かすれましたか？ | ある。　　無い。 |
| 13. 歩くのが遅くなりましたか？ | ある。　　無い。 |
| 14. 夕方から夜に熱が出ることはありませんか？ | ある。　　無い。 |

15. 入れ歯が合わないと感じますか？

ある。 無い。

①主治医の施設名と先生のお名前と住所：

②ケアマネージャーの施設名と担当者名と住所：

要介護1・2・3・4・5

③デーサービスの施設名と担当者名：

④訪問看護ステーションの施設名と担当者名：

⑤その他訪問されている施設名：

⑥今までのご病気の経過と体重をなるべく詳しく記載して下さい。

症状が初めて出た時期

受診した病院

診断名

その時の体重

⑦受診可能な日時を書いてください。
